

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या :

B/0119/0457

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Renukamma

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/कनूप्य का नाम

Krishnaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासोंपत्र

Vasampatavempalli, Pile Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासोंपत्र

Pile, Chittoor Dist., Andhra Pradesh.

OCCUPATION:  
अवसान

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

Home maker

40,000/-

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि

08/01/2019

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

66

SEX सेंद्र

F

**Koshika**  
Foundation  
Building block of life.



0457 0457

Renukamma Renukamma  
Psc op Psc op

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)  
(आय का सापेक्ष संलग्न)

PAN No. स्थाई संख्या संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर रहा है? (जो मात्र ही उस पर सही का निश्चान सणाये)

Yes / No  
हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS** परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
	Ravichandra	14	M	Son
	Venkatesh	40	M	Son
	Ravikumar	35	M	Son
<b>One Daughter</b> Married				

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विवरी आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ड्रमायन पत्र (ड्रमायन पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अपने आप वर्ग ड्रमायन पत्र (ड्रमायन पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (ड्रमायन पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
--	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई ड्रायवेन सूची संलग्न
	DON Right Eye
	RE - 8108 + IOL

**ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्रिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED स्त्री गई सहायता राशि
	B.W.L.E.H	

DECLARATION by APPLICANT: अप्पिकेंट द्वारा संक्षेप में:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्ति मेरे सभी विवरण भेदी उत्तमता सह सही है। यदि घोर्ह विवाह एवं शब्दन वाली वाक्य है तो मेरी सहायता निवारण की जा सकती है।

2) मेरी दाप को सहायता देते "कलशिकाचालनकाल", ऐसी जा रही है, उत्तम उत्तराधीन उत्तराधीन जीवों को दिल्ली विवाह वाली, जो इस प्राप्ति में पाया जाता है।

3) मैं पूरी करता हूँ कि विवाह वाली वाक्य घोर्ह विवाह एवं घोर्ह विवाह वाली कामनाएँ से ब दौरे दिया है और प ही विवाह में सुनेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्लिकेंट द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Knabha Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रयत्न पर अपनी हस्ताक्षर करने वाली की छार सामग्री, ऐ (आवेदक) अपने जाहाज की चुंबक काल है, एवं "बोलिया फारदानेर" और उड़ाने "जाहीरी" को अधिकृत घोषा है कि ये गंभीर प्रयत्न, खोटे और ये विवरण इस प्रयत्न में पर्याप्त है, तो "कांसिका" द्वारा ज्ञाती, दान, चालकाला धूम्रपान दर्दारप से जुही विविधियों और उल्लिखियों के लिये किसी भी प्राप्त यथायथ ये द्वारा नहीं करने के लिये अधिकृत है। नेते प्रयत्न का विवरण में इतना के पासी वह बहुत ये करने के लिये, "कांसिका फारदानेर" ये ज्ञाती अधिकृत है।
  - 2) ऐ (आवेदक) इस बात से जड़भट्ट है कि ये गंभीर प्रयत्न, खोटे और विवरण जो ये ज्ञाता है उसके द्वारा ज्ञाता है एवं उसकी अधिकृत में "कांसिका" उसम उनके नामियों ये विवरण अधिकृत और व्यवहारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

प्रतीक्षा के लिए बहुत सारे वर्ष

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we

- (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

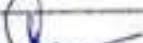
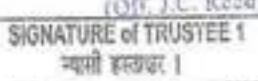
2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.



2. "कोरिंथियान चार्चनेटवर्स" से ऐसी एक सहायता कंपनी विद्युति भी है। ऐसी पर इलेक्ट्रिक ऊर्जा एवं गैस सप्लाय का वितरण एवं उपचार/प्रोडक्शन का युक्ता एवं एक इमारत के बीच वाला वितरण है और "कोरिंथियान चार्चनेटवर्स" द्वारा वितरण प्रबल का यहाँ रखाय गयी है। इसलिये इलेक्ट्रिक वैंड द्वारा इलाज मुद्रण अंडे अने जारी वी जल्दी विपरोधी ऐसी एक इलेक्ट्रिक ऊर्जा दी जाती है और "कोरिंथियान" द्वारा यहाँ सूचित का वितरणशील इस चार्चने दे जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery बोर्सेशन की तारीख 09/01/2019	 <b>Dr. SHEETAL BALLAL</b> Consultant (Name of Dr. & Designation Stamp) B.W. Laxmi Eye Bank & Research Foundation Hospital	 <b>Jyothi Deepak</b> Jyothi Deepak (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) B.W. Laxmi Eye Bank & Research Foundation Hospital No. 5, 1st Cross, 10th Main, K.R. Puram K.M.P.T. T.C. Road, Bangalore - 560 002
No. 5, BORSTERIAL SEGE of KOSHICA FOUNDATION (B.W. L.C. Road, Bangalore - 560 002)		SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर । 
		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 